N° 41

QUELQUES REMARQUES

SUR LA

FIÈVRE INTERMITTENTE PARFAITE

EN ALGÉRIE

LOI D'ACTION DE LA QUININE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Avril 1900

PAR

J. SAFFAR

Né à Bougie le 21 Mars 1874

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

Imprimerie Charles Boehm

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, Successeurs

Éditeurs du Nouveau Montpellier Médical

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (✻)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N....
id.	Bosc (Chargé du Cours).

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM, H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, *président.*	MM. BROUSSE, agrégé.
SARDA, professeur.	RAUZIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES

J. SAFFAR.

PRÉFACE

Depuis plusieurs années, nous avions l'occasion de voir à l'hôpital civil de Bougie de nombreux cas de fièvre intermittente.

Sur les conseils du docteur E. Legrain, qui étudiait cette affection, nous nous sommes attaché à l'observation des cas qui se sont présentés de juillet à décembre 1899. Nous avons laissé évoluer les accès, nous contentant de les suivre d'une façon méthodique, thermomètre en main et sans quitter le malade.

Cette observation continue nous a permis de contrôler les idées émises et soutenues par Treille et Legrain, et nous avons cru que les remarques qu'elle nous suggérait étaient assez intéressantes pour nous permettre d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Aux observations que nous avons recueillies, nous en avons joint quelques-unes, empruntées au docteur Legrain, et leur nombre nous en a paru suffisant pour en tirer quelques conclusions pratiques.

Que le docteur Legrain nous permette de lui témoigner ici toute notre gratitude et notre reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués et l'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner.

M. le professeur Grasset nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse, nous lui adressons l'expression de notre plus vive reconnaissance.

M. le professeur agrégé Rauzier s'est montré d'une extrême bienveillance à notre égard ; nous lui en exprimons toute notre gratitude.

QUELQUES REMARQUES

SUR LA

FIÈVRE INTERMITTENTE PARFAITE

EN ALGÉRIE

INTRODUCTION ET PLAN

« On a beaucoup écrit sur les fièvres intermittentes ; peu de sujets ont été traités par d'aussi habiles maîtres, et cependant l'histoire de ces maladies est encore un des points les plus obscurs de la médecine. »

Il y a plus d'un demi-siècle que Maillot écrivait ces lignes dans l'avertissement de son traité des fièvres intermittentes ; elles nous paraissent encore d'actualité.

Sous le nom de paludisme, malaria, de fièvres intermittentes, etc., on englobe aujourd'hui un ensemble de manifestations morbides, aussi variées que dissemblables, que l'on rattache à une même cause, l'infection de l'économie par un micro-organisme de nature spéciale, l'hématozoaire de Laveran.

Formes intermittentes, continues, larvées, pernicieuses et chroniques, telles sont les divisions adoptées en général par les auteurs pour l'étude du paludisme. Ces différentes variétés peu-

vent s'établir d'emblée; le plus souvent elles sont consécutives aux accès intermittents.

L'étude d'un paludisme aussi complet nous entraînerait à un développement hors de proportion avec le cadre modeste que nous nous sommes imposé. La forme intermittente, signalée par tous comme la plus bénigne, semble considérablement négligée par les auteurs qui se sont occupés de cette question. Une classification des différents types d'intermittence, une étude générale de l'accès de fièvre, voilà tout ce qu'on trouve dans la plupart des ouvrages spéciaux, qui consacrent, par contre, de nombreux chapitres aux autres formes du paludisme.

Nombreuses sont les modalités sous lesquelles se présente la fièvre intermittente. Cette diversité semble bien indiquer que chaque type doit avoir des caractères particuliers, une évolution différente, que le traitement de l'un ne doit pas être le traitement de l'autre, et pourtant jusqu'ici on n'a guère tenu compte de ces indications.

Lorsqu'on étudie une maladie, il est de règle de décrire tout d'abord la forme la plus commune, celle que l'on rencontre le plus souvent, et de passer ensuite à l'étude des variétés cliniques que le praticien peut avoir l'occasion d'observer.

Or dans le paludisme, si tant est qu'il existe un paludisme aussi complexe que nous le disent les auteurs, la forme la plus habituelle, et pourtant la moins connue est la forme intermittente.

C'est cette forme seulement, *la fièvre intermittente parfaite*, comme l'ont dénommée Treille et Legrain, que nous essaierons de faire connaître, telle que nous l'ont révélée nos observations.

La fièvre intermittente comprend quatre types principaux :

Fièvre quotidienne.
Fièvre tierce.
Double tierce.
Quarte et ses variétés double et triple quarte.

Nous consacrerons un chapitre à chacune de ces variétés, une étude d'ensemble ne pouvant qu'y jeter de la confusion.

Après avoir dit quelques mots de l'étiologie, nous examinerons les complications survenues au cours des cas vus par nous, depuis plusieurs années, dans le service du Docteur Legrain.

Nous indiquerons à propos du diagnostic les affections assez nombreuses qui peuvent, au cours de leur évolution, emprunter le type intermittent, et par suite peuvent être confondues avec la fièvre intermittente parfaite.

Enfin, après avoir exposé le pronostic bénin de cette affection, nous étudierons l'action de la quinine dans la fièvre intermittente, et nous essaierons d'en déduire la conduite à observer en présence de cette maladie.

CHAPITRE PREMIER

Fièvre quotidienne.

La fièvre quotidienne est celle dont les accès, à peu près égaux, reviennent tous les jours à peu près exactement à la même heure.

L'accès débute en général dans la matinée, mais il peut ne se montrer que dans l'après-midi, surtout s'il s'en est déjà produit un certain nombre, ou si la fièvre a été influencée par une médication à base de quinquina. Il s'annonce par des frissons légers, peu intenses, séparés par des périodes d'accalmie assez longues ; ces frissons peuvent durer de quelques minutes à une heure, et s'accompagnent rarement de douleurs. Parfois même, le malade n'éprouve qu'une légère sensation de froid. Le frisson lui-même est précédé d'une période d'hypothermie, caractérisée par la coloration ardoisée des ongles et le refroidissement des extrémités. Cette coloration est un signe précurseur certain de l'accès ; elle se retrouve dans tous les cas, quel que soit le type de la fièvre, et apparaît quelques heures avant le frisson, ou plutôt avant le début de l'ascension thermique, le frisson pouvant manquer dans certains accès.

Dès cette période appelée stade de froid, la température s'élève; l'ascension est rapide, le maximum thermique étant souvent atteint en une heure de temps ; ce maximum est en général élevé, aux environs de 41°, qu'il dépasse quelquefois.

Dans les premiers accès, la défervescence se produit aussitôt après le maximum atteint ; mais à mesure que leur nombre

augmente, que la tendance à la jugulation ou à la transformation s'indique, la défervescence est retardée, il y a un plateau qui peut durer deux ou trois heures.

Les premiers accès sont en général courts, six à dix heures en moyenne, les derniers durent parfois jusqu'à quinze heures et plus.

Première observation

Quotidienne. — Apyrexie définitive par une seule dose de 2 gram. de quinine.

Scarf... Vincent, maçon, de nationalité italienne, a déjà eu les fièvres intermittentes en 1893, à Alger.

Il travaillait à Souk-el-Tnin, dans la région de Bougie, quand il fut pris de fièvre intermittente quotidienne, le 25 octobre 1899. Il entre à l'hôpital civil de Bougie le 31 octobre à midi, en plein accès, n'ayant encore pris qu'un tonique dit fébrifuge, et renfermant du quinquina. C'est évidemment à l'usage de cette

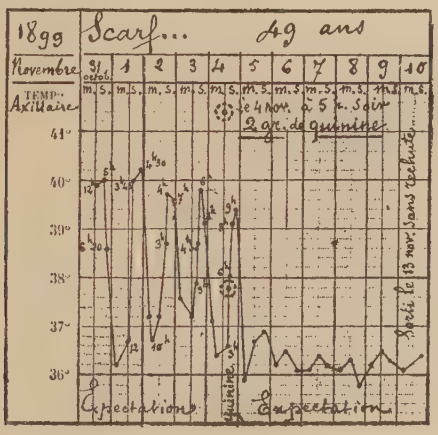

Fig. 1

liqueur qu'il faut attribuer le recul imprimé aux accès qui, au début, commençaient dans la matinée, puis retardent de plus en plus, si bien que le dernier accès commence vers les cinq heures du soir.

Pas d'hypermégalie hépato-splénique.

Au début du cinquième accès constaté, on donne au malade, par la voie buccale, 2 grammes de bichlorhydrate de quinine, qui n'agissent en rien sur l'accès attaqué, mais déterminent après lui une apyrexie suivie jusqu'au 13 novembre, date de la sortie du malade.

Cette observation nous montre bien les périodes assez longues où la température, après une ascension plus ou moins rapide, reste stationnaire deux ou trois heures durant, avant de décroître franchement ; la défervescence, qui est avancée au premier accès constaté, ne se fait plus que dans la nuit, aux derniers. La jugulation a été obtenue avec une seule dose de quinine.

*
* *

La quotidienne, quoi qu'en aient dit les classiques, est très rare en Algérie. Trousseau avait remarqué sa rareté en France, et il en niait presque l'existence. Sur 116 cas observés par Legrain, il en trouve 14 seulement ; sur 19 observations inédites que nous donnons, on n'en rencontre que trois.

Elle n'est pas tenace. La laisse-t-on évoluer, elle n'a que deux terminaisons possibles :

a) La jugulation spontanée (Trousseau) qui peut se produire après un accès hyperthermique, ou étalé, une série d'accès progressivement décroissants, ou après un accès identique aux précédents (Legrain).

b) La transformation en double tierce (obs. II), et plus rarement en tierce ou en quarte (Trousseau, Legrain).

Observation II

Quotidienne tendant à la double tierce. — Apyrexie après une dose de 2 grammes de quinine.

Nov..., mineur, est depuis trois ans et demi en Algérie, où il a eu les fièvres en 1898, sous forme d'accès quotidiens d'abord, puis irréguliers aux environs de Boghni.

Entré à l'hôpital civil de Bougie le 19 août, venant de Sétif, où il aurait repris la fièvre, le malade ne fait pas d'accès le 10, ni le 11. Il n'a pas d'hypertrophie splénique.

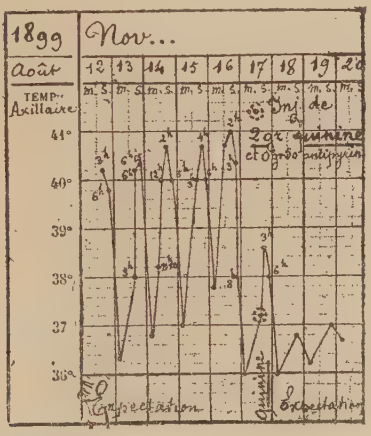

Fig. 2

Le 12, un accès débute sans frisson, vers une heure de l'après-midi. Expectation jusqu'au 17 : la fièvre tend nettement à devenir double tierce.

Le 17, à 2 h. 15 du soir, au début de l'accès, injection de 2 grammes de quinine et 0 gr. 50 d'antipyrine.

Après cet accès survient une apyrexie complète, et le malade sort le 21 sans fièvre.

A première vue, en regardant la courbe, il semble que l'accès

attaqué ait été influencé. Mais si l'on compare cette courbe aux nombreuses courbes dans lesquelles la quinine a été administrée, on voit que la quinine, à quelque dose qu'on l'administre, n'influence pas un accès de fièvre intermittente. L'apparence obtenue ici tient uniquement à ce que l'accès devait évidemment être moins élevé, la fièvre tendant à la jugulation spontanée.

*
* *

Cette évolution de la quotidienne explique sa rareté, les malades n'arrivant à l'hôpital qu'après avoir fait un certain nombre d'accès plus ou moins bien traités. Si l'on ajout que les double-tierces et les triple-quartes se rencontrent fréquemment, on s'expliquera l'erreur des auteurs qui considèrent la quotidienne comme la forme la plus commune en Algérie.

La quotidienne est une fièvre de première invasion, elle se montre principalement chez les nouveaux venus ; elle peut tout de même, mais rarement, apparaître au cours d'une rechute de quotidienne ; la rechute se faisant en double tierce dans la grande majorité des cas, en tierce ou en quarte dans les autres.

Si elle apparaît après une tierce, comme dans l'observation III, c'est qu'il y a eu certainement une nouvelle infection.

Observation III

Tierce. — Apyrexie quinique. — Quotidienne due à une nouvelle infection. — Apyrexie quinique

Dur..., mineur, âgé de 37 ans, est en Algérie depuis juillet 1899. Il habite Souk-El-Tenin, près de l'embouchure de l'Oued Agrioun. A eu, à l'âge de 7 à 8 ans, une fièvre typhoïde. Boit de l'anisette, et deux à trois litres de vin par jour.

Le 12 septembre 1899, il entre à l'hôpital pour fièvre tierce. Il aurait fait quatre accès hors de l'hôpital. Il fait encore trois accès, les 12, 14 et 16 septembre. Puis, soit spontanément, soit à la suite de deux doses de quinine de 1 gram., données le

16 septembre, à 8 et 10 heures du soir, la fièvre ne reparaît plus.

Le malade sort le 19 septembre et retourne à Souk-El-Tenin. Il rentre, le 27, à l'hôpital, où il est amené dans un état semi-comateux, sans connaissance et *sans fièvre* (alcoolisme aigu).

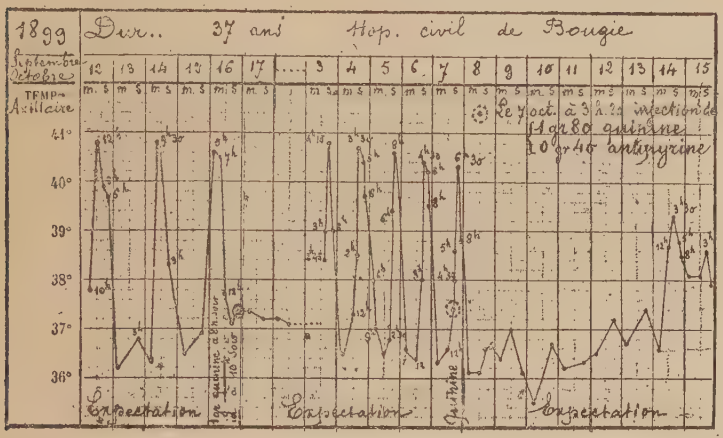

Fig. 3

Les jours suivants, l'état général s'améliore, le malade reprend peu à peu connaissance, mais reste toujours somnolent, et sans fièvre. Un léger accès se montre le 2. A partir du 3, les températures sont régulièrement prises ; au début du cinquième accès constaté, le 7 octobre, on injecte 1 gr 80 de quinine et 0 gr 40 d'antipyrine. L'accès suit son cours, mais après survient une apyrexie de cinq jours. Le sixième jour, légère élévation de température, puis ébauche de double tierce qui cède spontanément. Il sort, le 17, en apyrexie.

Examiné à diverses reprises, le malade n'a jamais présenté d'hypertrophie splénique appréciable, ni de splénalgie.

Pendant les accès seulement, il se plaignait d'une douleur localisée au niveau de la vésicule biliaire.

Cette observation est d'un grand intérêt. Elle nous montre tout d'abord une nouvelle infection se produisant à peu de jours

d'intervalle ; nous disons nouvelle infection et non rechute, car une tierce rechute toujours en tierce quand elle a été traitée par la quinine, et nous ne connaissons pas d'observation de rechute de fièvre en quotidienne, après un type dégradé.

Elle vient, en outre, confirmer la loi de Treille, que nous étudierons à propos du traitement ; enfin, elle nous montre un de ces accès isolés qui apparaissent dans le cours d'une fièvre intermittente lorsque l'apyrexie doit se produire.

En résumé, nous voyons que la quotidienne est une fièvre matinale, peu fixe, instable, tendant toujours à la jugulation spontanée, ou à la transformation en un type dégradé.

CHAPITRE II

Fièvre tierce.

La fièvre tierce est une des formes qui se rencontrent le plus fréquemment, dans les pays tempérés, d'après les auteurs qui ont observé en France, en Italie, en Autriche. En Algérie, d'après Legrain, elle viendrait après les double-tierces et les quotidiennes, 8 cas sur 116 ; pour nous, elle serait plus fréquente que les quotidiennes, et se placerait aussitôt après les double-tierces.

Elle peut être primitive d'emblée, c'est-à-dire frapper un individu vierge jusqu'alors de fièvres intermittentes, et c'est le cas le plus fréquent ; parfois aussi, elle est consécutive à une quotidienne ou à une double tierce, qu'elle se montre, soit au cours d'une transformation de ces formes, soit à l'occasion d'une rechute. Tels sont les seuls modes d'invasion de la tierce ; jamais on ne l'a vue dériver d'une fièvre continue ; nous n'en connaissons pas d'observations, et si quelques auteurs croient l'avoir constaté, ils ont dû se trouver en présence de pyrexies qui, à un moment donné de leur évolution, empruntent le type intermittent.

L'accès tierce s'est montré à nous, sous deux modalités différentes.

C'est tantôt l'accès type de la fièvre intermittente avec ses trois stades de frisson, chaleur et sueur, et à apparition matinale.

Le frisson, plus fort que dans la quotidienne, n'a pas la même intensité que dans la quarte. Il est souvent même unique ; l'élé-

vation thermique est rapide, elle peut être complète en une demi-heure. Si on observe le thermomètre placé sous l'aisselle du malade, on est étonné de la brusquerie avec laquelle le mercure s'élève dans le tube, ce sont de véritables sauts qui l'amènent en quelques minutes au maximum, qui peut être alors très élevé, atteindre aux environs de 42°. Cette hyperthermie n'implique pas de perniciosité : C'est à peine si les malades se plaignent d'une légère céphalalgie, leur connaissance est intacte, ils répondent sans peine aux questions qui leur sont posées. Cette température ne persiste pas, d'ailleurs; la défervescence apparaît bientôt, rapide au début, puis plus lente, de sorte que l'accès a une durée totale de six à huit heures.

Dans les intervalles apyrétiques, le malade n'éprouve aucun malaise et, s'il est en dehors de l'hôpital, vaque à ses occupations habituelles.

La tierce peut achever son évolution avec ses caractères, mais, le plus souvent, ils ne persistent pas, et l'on ne tarde pas à voir apparaître le second type d'accès tierce, qui peut aussi s'établir d'emblée.

La fièvre débute insidieusement, sans frissons ou avec des frissons très légers, de simples sensations de froid ; l'ascension thermique se fait avec une lenteur extrême, le maximum n'est atteint que fort tard, parfois après 12, 15 heures. L'accès est très long, de 15 à 20 heures ; certains même peuvent durer 24 heures et plus, surtout lorsqu'il y a tendance à transformation en double tierce. La céphalalgie est fréquente, parfois même assez intense, au point de constituer le symptôme capital de l'accès ; le malade se plaint, non de sa fièvre, mais de son mal de tête. En raison de la longueur des accès, les intervalles apyrétiques sont très courts, aussi constate-t-on une certaine faiblesse, plus appréciable que dans la première forme, mais qui disparaît rapidement après la chute de la fièvre.

Dans ces cas, le stade de sueur est souvent remplacé par des selles diarrhéïques.

Observation IV

Tierce. — Jugulation spontanée.

Fisch..., Jean, 56 ans, journalier, est dans les pays chauds depuis 1863.

Il a été successivement au Mexique, où il aurait contracté la fièvre jaune et dans l'Extrême Sud algérien. En 1868-1869, il aurait eu de la fièvre intermittente pendant 18 mois (double tierce) ; la fièvre se serait jugulée spontanément en France pendant un séjour qu'il y fit en congé de convalescence. Il aurait pris, bien entendu, de la quinine en grande quantité. Depuis cette époque, jusqu'en octobre 1899, il n'aurait plus eu de fièvre.

Le malade travaillait dans ces derniers temps à Souk-el-Tnin en pays d'alluvions ; la fièvre se déclare le 5 octobre, et reparaît le 7 et 9 , le malade entre à l'hôpital civil de Bougie le 10 Octobre au matin à la fin de son accès du 9, qui a duré presque toute

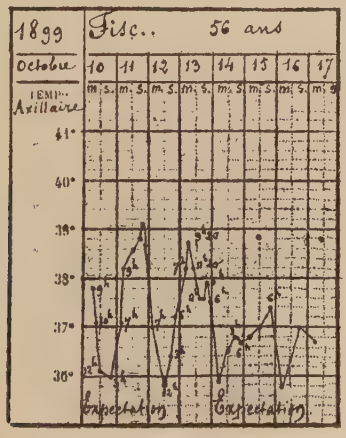

Fig. 4

la journée et toute la nuit. Il n'a encore subi aucun traitement. A son entrée à l'hôpital, il est en moiteur et a quelques selles

diarrhéïques. C'est un éthylique avéré; il présente de l'hépato-splénomégalie avec poussées douloureuses de périsplénite. Il porte des traces de ventouses scarifiées sur le flanc gauche.

Il fait encore deux accès tierces, les 11 et 13 Octobre, puis la fièvre se jugule spontanément ayant donné en tout 5 accès.

Revu par nous, deux mois après le malade qui avait repris ses occupations, n'avait pas eu de rechute.

Observation V

Tierce. — Jugulation spontanée.

Perm... 42 ans, maçon, profondément éthylique, en Algérie depuis 1871, a pris les fièvres en forêt, dans les environs de Bougie, au début de novembre 1869. Il aurait absorbé deux grammes de quinine en deux fois.

Entré le 16 Novembre à l'hôpital civil de Bougie, il fait une tierce qui évolue la nuit (déplacement artificiel dû à la quinine).

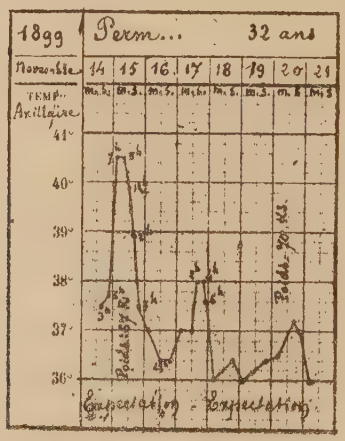

Fig. 5

Après un grand accès débutant dans la soirée du 14 et se terminant le 15 dans l'après-midi, il fait une ébauche d'accès

dans l'après-midi du 17 et la fièvre se jugule spontanément, après avoir fourni un nombre d'accès variant entre 7 et 9.

Le malade a absorbé dans le cours de sa fièvre deux grammes de quinine, qui, pris au petit bonheur, n'ont fait que déplacer l'accès, le faisant apparaître le soir au lieu du matin. L'apyrexie s'est faite spontanément après un grand accès étalé qui dura plus de 24 heures. Le malade en 6 jours augmenta de 3 kilogs, malgré la fièvre.

Observations VI et VII

Fins de tierce avec ébauche de double tierce. — Jugulation spontanée.

Gr... 50 ans aurait déjà eu les fièvres intermittentes en 1896, à Souk-el-Tnin, près de l'embouchure de l'Oued Agrioun.

Il aurait actuellement la fièvre depuis quatre jours; le premier

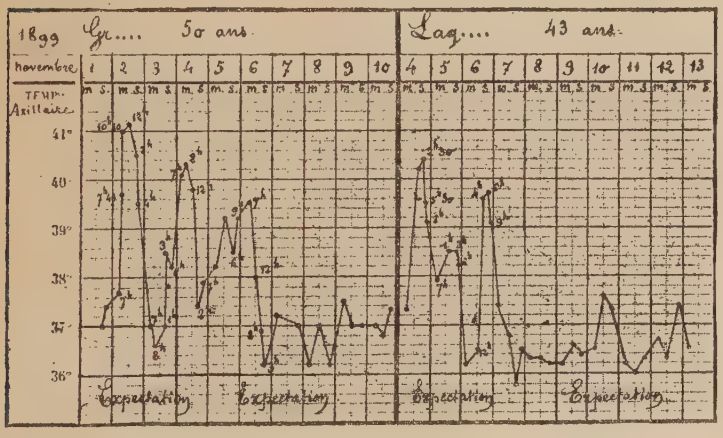

Fig. 6

accès serait survenu le 29 octobre 1899. Il entre à l'hôpital le 1er novembre sans avoir subi de traitement. On ne trouve pas de splénomégalie.

On observe l'expectation ; le premier accès observé le 2 tend à s'étaler ; il commence dans la matinée; les deux autres présentent de la tendance au dédoublement en double tierce; et après l'accès des 5 et 6 novembre qui dure plus de 36 heures, la fièvre se jugule spontanément ayant fourni 5 accès.

Le malade reste encore une douzaine de jours dans le service sans présenter de rechute.

Laq..., 43 ans, roulant, a eu la fièvre en 1898 et plusieurs années auparavant en automne.

Il fait son 1er accès le 25 octobre 1899 et entre à l'hôpital civil de Bougie le 3 novembre dans l'après-midi n'ayant encore pris que des infusions de verveine sauvage et un peu de quinquina.

Expectation pure et simple ; le 4, accès qui débute dans la matinée et dure toute la journée du 5 avec ébauche de dédoublement.

Après l'accès du 6, qui commence dans l'après-midi, l'apyrexie s'établit définitive, le malade ayant fait en tout 7 accès.

Observation VIII

Tierce. — Transformation en double-tierce. — Jugulation spontanée.

Fol... Eugène, 35 ans, chef de gare, aurait eu en 1894 aux Issers, une fièvre de constipation?

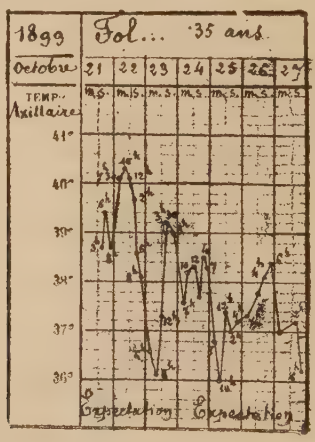

Fig. 7

Il souffrait de la fièvre depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital civil de Bougie, le 4 octobre 1899, n'ayant pris, pour tout traitement, qu'un demi-gramme de quinine, le 16 octobre.

L'expectation pure et simple montre qu'on se trouve en présence d'une double-tierce, fin de tierce, qui se jugule spontanément en quelques jours, après avoir fourni environ 7 accès.

Le malade sort, le 29, pour rejoindre son poste.

Observation IX

Tierce. — Ebauche de double-tierce. — Jugulation spontanée.

P... Philippe, italien de 34 ans, aurait eu, en 1887, les fièvres en Corse ; en Algérie depuis sept ans, il n'y aurait jamais été malade.

Il vient de Souk-Ahras, et est, depuis quinze jours, à Bougie, où il est employé aux travaux du port. Il est pris de fièvre le 6 novembre 1899, au matin. La fièvre dure toute la journée. Le 7, rien.

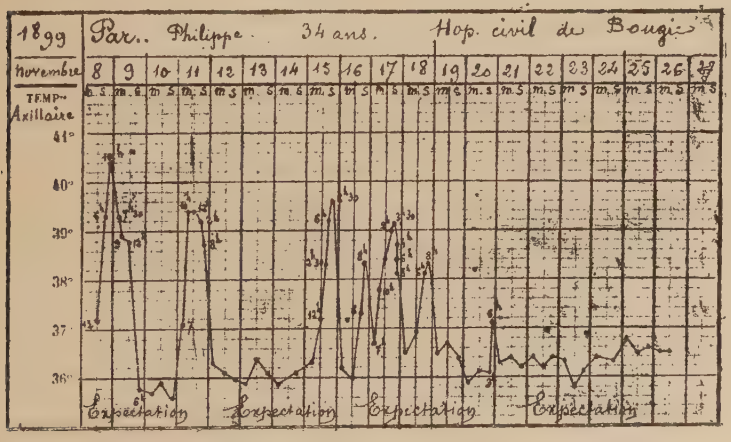

Fig. 8

Il entre à l'hôpital, le 8 au matin, au début d'un accès de fièvre qui dure toute la journée.

L'accès suivant est retardé, et n'arrive que le 11 au matin, au lieu du 10. L'accès du 13 est supprimé : apyrexie lacunaire du 12 au 14 inclus.

Le 15 novembre, nouvel accès tierce ; puis l'accès se dédouble et, après une ébauche de double-tierce (16-17), on voit encore se produire des ébauches les 18 et 20 novembre, et la fièvre se jugule spontanément. Le malade reste encore plus d'un mois à l'hôpital sans rechute. Pas de splénomégalie.

Il n'a rien pris avant son entrée à l'hôpital, et, pendant son séjour, il n'a eu d'autre médication qu'une potion journalière de cannelle que l'on donne à tous les fiévreux.

Observation X

Tierce. — Transformation en double-tierce. — Jugulation spontanée.

Pacl... Claude, 54 ans, cultivateur, en Algérie depuis 1871, habite un village des environs de Bougie, près de la rivière du Sahel.

Il aurait eu souvent de la fièvre antérieurement, et c'est un

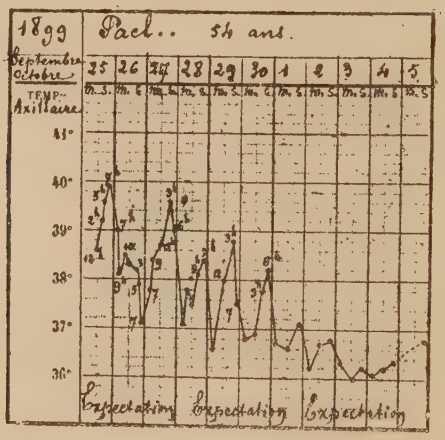

Fig. 9

absinthique invétéré. La rate déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. Le malade, qui se sent souffrant depuis une

dizaine de jours, n'a pris aucune médication. Il ne se rend d'ailleurs pas compte de la fin ou du commencement des accès. Il entre à l'hôpital civil de Bougie, le 25 septembre 1899.

L'expectation pure et simple démontre qu'on est en présence d'une tierce, qui se transforme en double-tierce.

Les accès sont progressivement décroissants, et l'apyrexie complète se montre à partir du 1er octobre. Sortie le 8. La rate n'a pas varié de volume pendant le séjour à l'hôpital.

L'apyrexie est définitive ; le malade fait un nouveau séjour à l'hôpital en novembre, pour bronchite aiguë, sans que la fièvre fasse sa réapparition.

*
* *

C'est avec intention que nous avons placé ces sept observations de tierce, à la suite les unes des autres, et un simple coup d'œil jeté sur elles montre que notre conduite a été la même dans toutes, et les résultats obtenus, identiques. Nous avons gardé l'expectation, et la jugulation s'est produite spontanément, résultat que l'on obtiendra toujours lorsqu'on se gardera de traiter une tierce.

Hippocrate, Gallien, à qui une intervention efficace était interdite dans les fièvres intermittentes, connaissaient cette évolution de la tierce :

« Les fièvres tierces étaient nombreuses, elles avaient une marche régulière, bien marquée, surtout dans les quatre premières périodes. Après la septième, elles se terminaient sans qu'il y eût de rechutes » (Hippocrate. Des Epidémies).

« La fièvre tierce n'est point mortelle, elle finit bientôt » (*Ibid.*).

« La tierce pure se juge en cinq, sept périodes ; si elle passe outre, elle arrive à la neuvième période » (Aphorismes).

« Des intermittentes, la plus courte et la plus bénigne est la

tierce. La fièvre tierce légitime se jugule au plus tard dans sept périodes » (Galien).

C'est en nous basant sur ces données hippocratiques qu'avec Legrain nous nous sommes contenté de garder l'expectation, et les résultats n'ont pas démenti nos prévisions.

Invariablement la jugulation de la tierce se produit, soit après un accès hyperthermique ou étalé, soit après une série d'accès décroissants, soit après des accès égaux aux précédents ; nos observations nous montrent ces diverses terminaisons.

Souvent la tierce ne reste pas tierce, les derniers accès se dédoublent, et elle se transforme en double-tierce qui peut n'être qu'ébauchée. Si donc, dans la numération des accès, on tient compte de ce dédoublement, et que l'on considère chaque couple de double-tierce comme un accès unique, nous arrivons à la conclusion qu'Hippocrate formulait quelques siècles avant nous, c'est que la tierce légitime se juge en cinq, sept ou neuf accès.

Nous verrons, à propos du traitement, que l'action de la quinine, administrée mal à propos dans la tierce, est plutôt nuisible qu'utile, et qu'elle expose aux récidives.

CHAPITRE III

Double tierce.

Les classiques donnent de la double-tierce la définition suivante : fièvre en apparence quotidienne, dans laquelle deux accès consécutifs ne se ressemblent pas, celui du troisième jour reproduisant le premier, celui du quatrième reproduisant l'accès du second jour, et qui paraît formée par la juxtaposition de deux tierces.

D'après cette définition, la double-tierce ne serait qu'une variété de la tierce ; or, son mode d'apparition, les caractères particuliers de ces accès, son évolution, en font un type nettement différencié, qui nécessite une étude spéciale.

Si l'on examine tout d'abord un certain nombre de courbes de double tierce, on y découvre, à première vue, plusieurs variétés. Legrain, qui les a signalées le premier, les ramène à trois types principaux :

1° *La double-tierce du premier type* est formée de deux accès évoluant distinctement, la température du premier étant revenue à la normale, lorsque le second commence. Les deux composantes sont donc séparées par un intervalle apyrétique très net ;

2° Dans la *double-tierce du deuxième type*, l'apyrexie n'est jamais complète, le second accès du couple apparaissant lorsque le premier n'a pas encore achevé sa défervescence ; mais la rémission entre les deux accès est encore assez marquée ;

3° Si la rémission, nettement marquée dans le second type, est à peine indiquée, nous aurons la *double-tierce du troisième type*. La température a commencé à peine à baisser dans le premier accès, que le second apparaît.

Ces deux dernières variétés constituent les accès subintrants des classiques.

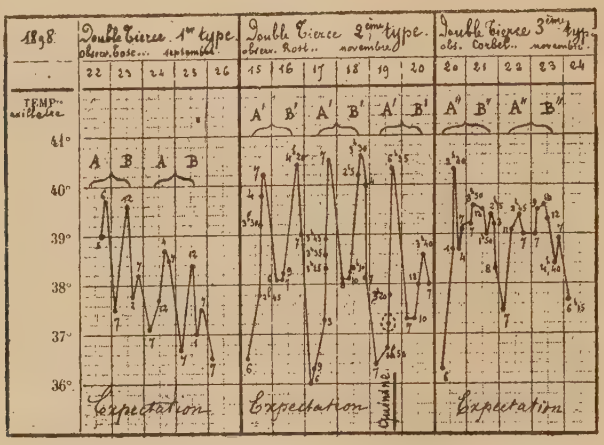

Fig. 10. — Types de double-tierce (d'après Legrain).

La double-tierce peut se produire spontanément ou par transformation d'une quotidienne. Elle apparaît aussi dans le cours de l'évolution d'une tierce, mais dans ce cas elle est instable et se jugule spontanément après un très petit nombre d'accès.

Malgré la variété des types, l'accès présente à peu près les mêmes caractères dans les trois formes.

Les frissons ne sont pas constants; prononcés dans les premiers accès, ils perdent bien vite de leur intensité, et finissent par disparaître. Ils peuvent même manquer d'emblée. Ils ne se montrent qu'au cours d'un seul accès, du premier le plus souvent; s'ils existent dans les deux, ce qui arrive dans les double-tierces du premier type, ils sont toujours plus accusés dans l'un des deux accès. La première composante du couple commence

dans l'après-midi ; la température s'élève lentement, mais moins que dans la tierce, l'ascension ne demande que quatre à cinq heures pour son évolution ; souvent même elle n'est pas perçue par le malade, qui se promène avec une température de 39 ou 40°. Le second accès, plus intense, débute dans la matinée ou la nuit ; le maximum, plus élevé que celui de la veille, est toujours diurne, et l'apyrexie arrive presque toujours avant la fin de la journée.

Quelquefois, il se produit une inversion du couple ; l'accès le plus intense devient le plus faible et inversement. Cette inversion est annoncée par un accès isolé, qui unit les deux couples inverses ; entre cet accès et les deux couples, il peut ne pas y avoir de rémission complète, et la fièvre semble devenir subcontinue, pendant trois ou cinq jours.

Cet accès isolé précède souvent l'installation d'un couple de double-tierce après une apyrexie lacunaire spontanée, ou après une apyrexie consécutive à l'administration de la quinine.

Si entre deux composantes d'un même couple il n'y a pas de rémission bien marquée, comme dans la double tierce du troisième type, entre deux couples il existe une apyrexie plus ou moins longue, mais toujours complète, la température étant revenue à la normale, ne fût-ce que pour un moment très court, et si l'on observe l'expectation, on ne voit jamais les double-tierces se confondre les unes les autres, de façon à simuler une continue, résultat que l'on arrive au contraire à produire artificiellement, avec des doses de quinine mal données.

Observation XI

Double-tierce. — Apyrexie quinique.

Solign..., 25 ans, briquetier, est en Algérie depuis quatre ans. Il travaille dans une région marécageuse des environs de Bougie.

Il n'a jamais eu de fièvre avant le 14 juillet 1899, époque à laquelle il l'aurait contractée pour la première fois. Coupée à diverses reprises par de la quinine, elle revient sans cesse.

Il entre à l'hôpital civil de Bougie le 19 octobre, à la fin d'un accès.

Le malade est pâle, anémié, il n'a pas pris de quinine depuis quatre à cinq jours. Sa rate est hypertrophiée et arrive jusqu'à l'ombilic.

Mis en observation, le malade fait une double tierce du second type. Une dose de 2 grammes de quinine détermine après cet accès une apyrexie qui dure, complète jusqu'au 4 novembre.

Hypothermie.

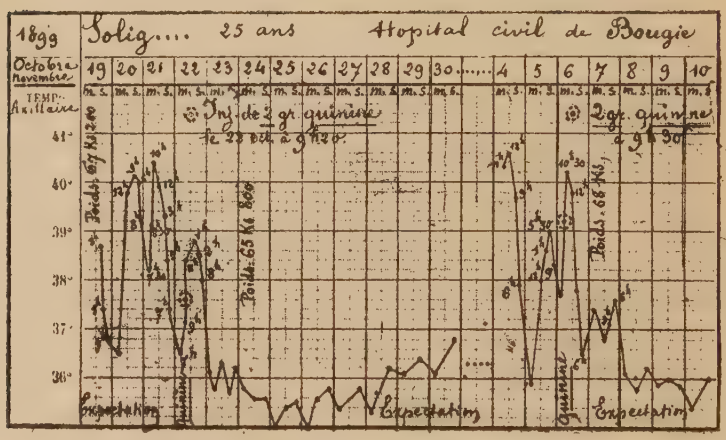

Fig. 11

La rechute se fait en double tierce, 5 et 6 novembre, précédée d'un accès isolé le 4 novembre.

La quinine est donnée à la dose de 2 grammes au début du deuxième accès du couple, le 6 novembre.

La quinine est mal donnée, car nous verrons que, dans la double tierce, il n'est pas indifférent de l'administrer au début

de l'un ou de l'autre accès ; aussi se produit-il une ébauche d'accès le 7 novembre, après lequel l'apyrexie s'établit complète et définitive.

Observation XII

Double tierce. — Effets de la saignée et de la quinine.

Muzz..., 43 ans, scieur de long, est en Algérie depuis treize ans. C'est un homme robuste, sans tare alcoolique.

Il aurait eu des fièvres intermittentes en 1872, en Corse, et en 1891, à Mouzzaïa, en Algérie.

En septembre 1899, travaillant aux environs de Bougie, dans un endroit marécageux, il prend la fièvre, 15 jours exactement après son arrivée sur le chantier.

En l'espace de quatre jours, il prend deux purges et 3 grammes de quinine qui ne coupent pas sa fièvre, dont le type semble avoir été quotidien au moins au début.

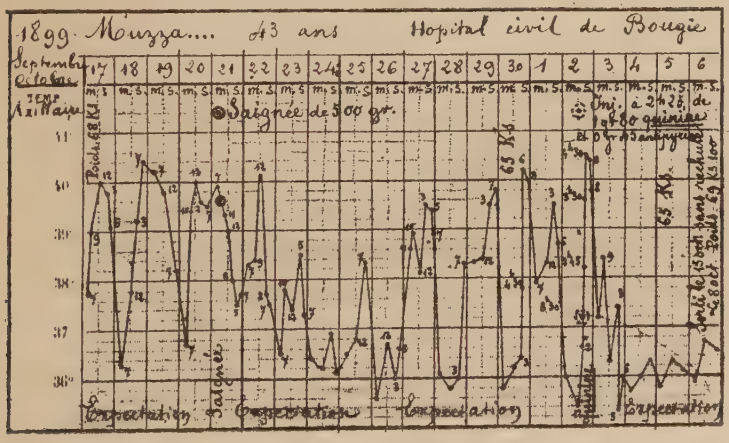

Fig. 12

Il entre, le 14 septembre, à l'hôpital civil de Bougie et fait, les 14 et 15, 2 petits accès avec maximum de 38°9, à 3 heures de l'après-midi.

Puis, établissement d'une double-tierce dont le premier accès débute le 16, vers midi, et le second, le 17, de grand matin, alors que le premier n'est pas encore terminé.

Il s'agit d'une double tierce du troisième type dont la rémission nocturne n'a pas été notée dans le couple 18-19, mais qui est bien visible dans le couple 20-21.

Le 21 septembre, à 9 heures du matin, le malade, qui n'a pas dormi de toute la nuit, est dans un état de prostration assez profond, qui n'a rien de pernicieux d'ailleurs ; la respiration est normale et le pouls ample et bon. On fait une saignée de 500 grammes, l'amélioration de l'état du malade est presque immédiate.

Après cette saignée, la double-tierce suivante n'est qu'ébauchée; le premier accès, très court, n'est pas perçu par le malade, et le deuxième accès du couple est à peine accusé.

La fièvre tend à prendre le type tierce, dont le premier accès est seulement ébauché. Puis, après un accès tierce qui débute dans la nuit du 26 au 27 et dure toute la journée du 27, avec tendance au dédoublement, la tierce se dédouble à nouveau.

Le 2 octobre, au début de l'accès, à 2 h. 25 de l'après-midi, la température étant de 37° 2, on injecte 1 gr 80 de bichlorhydrate de quinine et 0 gr 45 d'antipyrine. Dans cet accès, le frisson fut des plus intenses et dura une heure.

L'accès attaqué n'est nullement influencé, il est même sensiblement plus élevé que l'accès homologue précédent ; le deuxième accès du couple n'est qu'ébauché ; puis survient une apyrexie qui dure jusqu'au 15 octobre, jour de la sortie du malade.

Le malade, qui pesait 68 kilogs à son entrée à l'hôpital, pesait, le 8 octobre, 69 k, 100. Il n'a pas présenté de splénomégalie.

Dans cette observation, nous voyons la double-tierce s'installer à la place d'une quotidienne, soit par une évolution spontanée, soit aussi sous l'influence des 3 gram. de quinine pris par le malade au début de sa fièvre ; dose de quinine considérable qui,

prise un peu au hasard, n'a pas empêché la fièvre de suivre son cours.

En outre, elle nous montre l'effet de la saignée pratiquée au cours d'un accès ; sous l'influence de la prise de sang, il se produit une tendance à l'apyrexie, qui se traduit par l'avortement de plusieurs accès, et la transformation en tierce.

Les épistaxis, qui surviennent fréquemment au cours des fièvres intermittentes, ont des résultats identiques. Fréquemment, au cours de quotidiennes ou de double-tierces, nous avons vu, soit des accès supprimés, soit l'apparition du type tierce sous l'influence des épistaxis.

*
* *

La double-tierce semble avoir une durée beaucoup plus longue que la quotidienne et la tierce, sans qu'on puisse fixer exactement cette durée. Dans deux cas de Legrain, elle persista plus d'un mois avec des apyrexies lacunaires spontanées.

Traitée par la quinine surtout dès le début, elle a peu de tendance à la jugulation ; les rechutes sont fréquentes et la fièvre peut se montrer pendant des mois. Au contraire, si la quinine est administrée après l'évolution d'un assez grand nombre d'accès, l'apyrexie semble être définitive.

D'ailleurs, comme la quotidienne et comme la tierce, elle peut se juguler spontanément.

CHAPITRE IV

Fièvre quarte.

De toutes les formes intermittentes, la plus stable, la plus fixe, celle dont les accès présentent toujours la même allure, dont la durée est la plus longue, est la fièvre quarte.

Le plus souvent, la quarte est primitive, et elle frappe alors de préférence l'homme mûr et le vieillard, et, parmi eux, les anciens résidents surtout. Comme la tierce, elle peut s'établir à la suite d'une quotidienne, d'une double-tierce ; mais ces cas sont rares, et l'on peut même se demander si ces quotidiennes ou double-tierces ne sont pas des triple-quartes d'emblée.

C'est la plus franche des intermittentes, l'apyrexie est toujours manifeste ; elle est et reste intermittente durant tout le cours de son évolution ; elle n'a jamais été et ne deviendra jamais continue.

Alors que les autres formes se montrent de préférence dans la matinée, la quarte a une prédilection pour la seconde moitié de la journée. L'accès ne débute qu'aux dernières heures du jour, le maximum est le plus souvent vespéral, la défervescence nocturne.

L'accès quarte est l'accès type de la fièvre intermittente ; il reste immuable, se reproduit pendant des semaines et des mois, avec les mêmes caractères, qui ne s'effacent légèrement qu'aux derniers accès.

Aussi est-ce lui que les auteurs choisissent pour donner une

description de l'accès de fièvre intermittente ; description inexacte donc, puisqu'il n'y a pas qu'un seul accès de fièvre intermittente, et que chaque type présente des caractères particuliers.

Il s'annonce par une sensation de froid aux extrémités, sensation passagère, fugace, intermittente, qui, localisée d'abord, gagne la région lombaire, remonte le long de la colonne vertébrale et s'étend à tout le corps. Le frisson apparaît : tremblement léger au début, commençant par les muscles de la mâchoire, s'accompagnant de claquements de dents, puis, de plus en plus fort, se généralisant à tous les muscles, et agitant le corps de secousses capables d'ébranler le lit.

Ce n'est pas un frisson unique, c'est une quantité de frissons plus ou moins longs, mais séparés par des intervalles apyrétiques si courts, que le malade n'en éprouve aucun soulagement.

Il accuse des douleurs aiguës, entre peau et chair, dans les os, dans les jointures, douleurs assez pénibles pour lui arracher des cris. La céphalalgie s'établit à son tour. La peau est sèche, les papilles, saillantes, donnent le phénomène de chair de poule ; les extrémités et la face sont bleuâtres, le pouls rapide, petit ; les ongles présentent la coloration ardoisée commune à tous les accès, et qui d'ailleurs, s'est montrée bien avant le début du frisson, annonçant l'accès.

L'anxiété est grande, l'oppression marquée, le malade halète; l'un d'eux, emphysémateux, se croyait en proie à une crise « d'asthme ».

Cette période est longue, peut durer de une heure à une heure et demie, plus longue et plus douloureuse surtout que dans les autres formes.

Les frissons se distancent, s'espacent enfin, de plus en plus; la chaleur apparaît faible et douce d'abord, puis, de plus en plus forte, au point d'obliger le malade à rejeter une à une les couvertures dont il s'était chargé à la période de frisson.

Enfin, les sueurs s'établissent amenant le repos et le bien-être.

Pendant le frisson, la température s'élève progressivement, et elle est déjà au voisinage de 39, 40°, que le malade se plaint encore du froid; l'ascension thermique est assez rapide, moins que dans la quotidienne, elle se fait en deux, trois heures, et l'accès évolue en douze, quinze heures.

Dans les quartes anciennes, le frisson ne s'installe pas d'emblée; lorsqu'il apparaît, la température est déjà assez élevée; ainsi, dans l'observation XIII, nous le voyons apparaître, dans l'accès du 24 octobre, à 3 heures du soir, alors que le thermomètre marque déjà 39°2.

Observation XIII

Triple quarte.

Brign... Jean, journalier de 28 ans, a été en traitement en septembre et octobre 1898, pour une double tierce qui s'est jugulée spontanément.

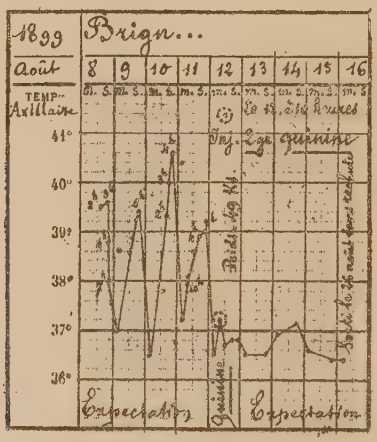

Fig. 13

Au commencement d'août 1899, après avoir eu quelques accès de fièvre, le malade fait, le 8 août, une seconde entrée à

l'hôpital civil de Bougie, où, mis en observation, il fait une triple quarte. Une injection de 2 grammes de bichlorhydrate de qui-

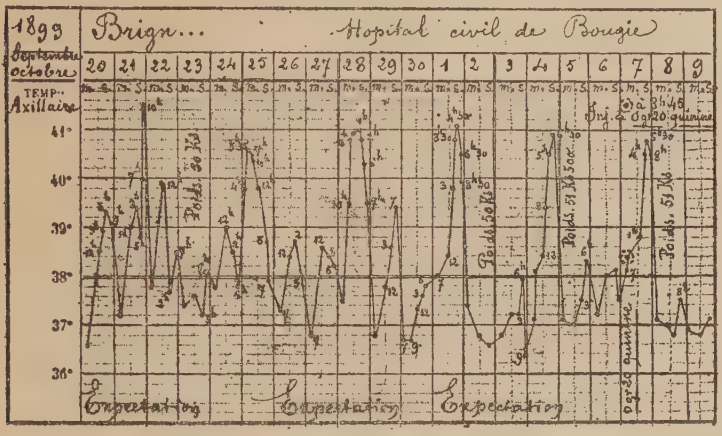

Fig. 14

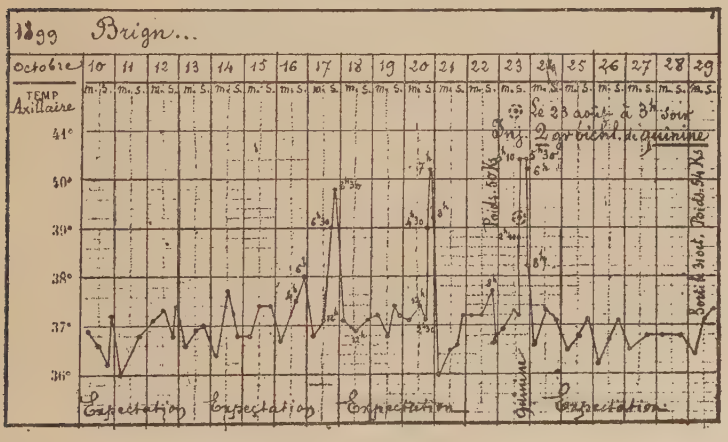

Fig. 15

nine, faite le 12 août à 10 heures du matin, empêche l'accès du jour de venir, à moins que la fièvre ne se soit jugulée spontanément.

Poids du malade, 49 kilos.

Apyrexie jusqu'au 26 août, date de la sortie du malade.

Pas de splénomégalie, ni de périsplénite.

Le malade retourne travailler pendant quelques jours dans les environs de Bougie, et est repris de fièvre le 8 septembre. Il aurait eu des accès le 8 et le 9, rien le 10. L'observation du malade démontre qu'il s'agit d'une double quarte.

Des doses quotidiennes de 3 grammes d'extrait de quinquina déterminent sa transformation en triple quarte.

Le quinquina est supprimé le 8 septembre.

Le type quarte ne tarde pas à reparaître avec ébauche de double quarte d'ailleurs.

Le 7 octobre, au début de l'accès, on fait au malade une injection de *vingt-cinq* centigrammes de quinine et de cinq centigrammes d'antipyrine. Cette injection n'agit en rien sur l'accès attaqué, mais détermine après lui une apyrexie qui dure jusqu'au 16.

Le 16, ébauche d'accès.

Le 17, la quarte reparaît et reste pure cette fois. Les accès sont peut-être plus violents, mais moins étalés que précédemment.

Le 23 octobre, au troisième accès de rechute, à 3 heures du soir, alors que l'accès était déjà commencé depuis une demi-heure, le frisson éclate, très violent: Au début du frisson, on fait une injection de *deux grammes* de bichlorhydrate de quinine, qui n'agissent pas sur l'accès, mais déterminent après lui une apyrexie, durant encore au 1er novembre, date de la sortie du malade.

Le 22 août, le malade pesait 49 kilogr. Au cours de la quarte, son poids a oscillé entre 50 et 51 kilos 500. Le jour de sa sortie de l'hôpital, il pesait 54 kilos.

En outre, le malade, qui en trois mois a fait plus de quarante accès de fièvre, n'a jamais présenté de splénomégalie et n'a jamais souffert de la rate.

Signalons en passant que, quelle que soit la dose de quinine donnée au début de l'accès quarte, l'accès n'est pas influencé

La quarte est, de toutes les formes intermittentes, celle dont la durée est la plus grande ; elle persiste des mois et des années ; mais c'est aussi la plus bénigne.

« Omnium est tutissima quartana, placidissima, et longissima.»

Sa longue durée explique l'opinion des auteurs qui la considèrent comme la plus rebelle au traitement.

Il faut tout d'abord distinguer les fièvres d'automne des fièvres d'été.

Ces dernières sont plus courtes, cèdent plus facilement à la quinine que les quartes d'automne, d'une ténacité plus grande, sujettes aux rechutes fréquentes quels que soient les doses de quinine employées et le mode d'administration.

Les quartes à la longue finissent par se jugular d'elles-mêmes ; mais cette terminaison ne se produit que très tard. Parfois elle est annoncée par une transformation de l'accès, qui diminue de durée, d'intensité, et peut manquer de frisson. D'autres fois, c'est un accès hyperthermique, ou un accès décomposé qui termine la scène. Nous avons vu, dans un cas de jugulation spontanée, le dernier accès donner une triple quarte, en même temps qu'apparaissait un flux diarrhéique, qui dura les trois jours de fièvre, et disparut avec elle.

D'ailleurs, cette crise diarrhéique s'observe souvent dans les intermittentes, au moment de la jugulation spontanée.

L'apyrexie définitive s'obtient rarement par une seule dose de quinine, à moins d'agir sur une quarte d'été, ou sur une quarte déjà ancienne, et nous verrons que dans ces cas elle s'obtient souvent avec des quantités très faibles. Dans les quartes d'automne et récentes, la guérison n'est définitive qu'après plusieurs rechutes successives.

* * *

La quarte ne reste pas toujours quarte simple ; comme dans la tierce, les accès ont tendance à se décomposer, et, suivant que

l'accès primitif a fourni deux ou trois composantes, nous avons le type double-quarte ou triple-quarte.

Dans la double-quarte on constate deux jours d'accès, suivis d'un jour d'apyrexie ; dans la triple-quarte les accès apparaissent chaque jour.

Consécutives à la quarte le plus souvent, ces deux variétés peuvent s'établir d'emblée, et l'on observe alors le phénomène inverse, c'est-à-dire qu'on ne voit apparaître la quarte que dans la suite, comme nous le montre l'observation XIII.

C'est surtout chez le vieillard que nous avons vu se produire la décomposition de l'accès quarte, dans le cours de l'évolution d'une quarte d'emblée ; cependant aux autres âges la tendance à la décomposition est souvent indiquée.

Les accès, dans ces deux variétés, ne présentent pas tous, les caractères de l'accès quarte.

Dans la double-quarte un des accès est toujours plus violent, accompagné de frissons intenses et douloureux, tandis que le second évolue insidieusement, sans signes bien manifestes, et, comme dans la double-tierce, le thermomètre seul indique l'élévation de température.

Mêmes phénomènes dans la triple-quarte, un ou deux des accès sont typiques, le ou les deux autres sont insidieux.

Mais que la quarte soit simple, qu'elle soit double ou triple, son évolution n'en est pas modifiée, elle dure tout aussi longtemps, obéit de la même façon à la quinine, et reste toujours bénigne.

En outre, nous avons constaté qu'elle survenait principalement, chez les anciens résidents, qu'elle pouvait être consécutive aux autres formes d'intermittente, mais que jamais on n'avait signalé ces autres formes à la suite d'une fièvre quarte ; c'est aussi de toutes les formes intermittentes celle qui se juge par les doses les plus faibles de quinine.

De ces remarques nous sommes en droit de conclure que la

fièvre quarte est la forme la plus atténuée de l'infection intermittente ; qu'elle implique chez celui qui la porte une immunité partielle ; et enfin, qu'elle confère à qui l'a eue l'immunité à l'égard de la fièvre intermittente.

*
* *

Telles sont les différentes formes de fièvre intermittente qu'il nous a été donné d'observer. Existe-t-il des formes plus atténuées que la quarte, c'est-à-dire des fièvres quintane, sextane, septane, nonane, etc., signalées par quelques auteurs ? Nous sommes porté à le croire, car Hippocrate, qui les a observées, connaissait admirablement les fièvres intermittentes.

Quoi qu'il en soit de leur existence, toujours est-il que, d'après le médecin de Cos, ces formes sont encore plus bénignes que les précédentes.

CHAPITRE V

Étiologie.

La plupart de nos malades viennent des vallées qui s'ouvrent dans la baie de Bougie, vallées sillonnées d'oueds à sec habituellement, et aux premières pluies recouvrant d'eaux limonneuses de vastes étendues de terrain ; quelques-uns étaient employés dans les chantiers d'une route en construction de Bougie à Djidjelli.

Nous les observons tous aux mêmes périodes, du mois de juin au mois de novembre, surtout pendant les mois de septembre-octobre. En hiver, on ne rencontre généralement que des fièvres de rechute.

Nous trouvons donc réunies les principales conditions météoriques et telluriques qui favorisent le développement des fièvres intermittentes : chaleur, humidité et mouvements du terrain.

Pour un seul cas (obs. XII), nous avons pu fixer la période d'incubation, qui a été de 15 jours environ.

Nous ne possédons pas de cas nous permettant de fixer quel est de l'air ou de l'eau le principal moyen de contamination.

Il nous semble logique d'accorder au moustique une certaine part à la propagation de l'affection, et c'est à cet intermédiaire que nous rapporterions volontiers ces cas de fièvre intermittente signalés chez des gens ayant quitté des localités fièvreuses depuis un certain temps déjà, sans y avoir jamais présenté de manifestations fébriles.

La fièvre quotidienne a été considérée comme la forme la plus fréquente en Algérie ; nous avons vu que c'était au contraire une forme rare, mais qu'on a souvent confondue avec les double-tierces, et les triple-quartes ; des cas rapportés par Legrain, et de ceux vus par nous, nous pouvons conclure que la double-tierce est la plus répandue en Algérie ; résultat logique en somme, puisque la double-tierce, qui est souvent primitive, est l'aboutissante des quotidiennes et des tierces qui ne se jugulent pas spontanément.

Le séjour dans le pays influe sur le type de fièvre ; tandis que les nouveaux venus contractent le plus souvent des quotidiennes ou des double-tierces, chez les anciens résidents on obesrve surtout des tierces ou des quartes ; ce qui semble témoigner chez eux d'une immunité relative, ces formes à apyrexie prolongée constituant les formes les plus bénignes de la fièvre intermittente.

Tandis que les autres formes frappent indistinctement tous les âges, la fièvre quarte a plus de prédilection pour l'homme mûr et le vieillard, fait qui a d'ailleurs été signalé par Hippocrate.

Les indigènes nous ont paru aussi souvent atteints que les européens ; on a signalé chez eux la rareté des formes à apyrexie courte ; c'est une erreur qui tient à ce que l'indigène, connaissant la tendance de la fièvre à la jugulation spontanée, ne fait soigner par le « toubib » européen que la fièvre quarte qui dure des mois et des années.

La fièvre intermittente est une maladie infectieuse ; les recherches faites pour en découvrir l'agent ont été nombreuses et, actuellement, il est à peu près admis par tous que cet agent infectieux est l'hématozoaire de Laveran. Cependant, certains auteurs ne croient pas encore à la spécificité de l'hématozoaire, qu'ils considèrent comme une déformation globulaire ; et tout récemment Legrain a signalé la découverte qu'il a faite d'un microorganisme spécial dans le sang des fiévreux. C'est un microcoque, se présentant sous forme de diplocoque dans les cultures

jeunes, de très petites dimensions, 5 à 6 dixièmes de μ, se colorant facilement par les couleurs basiques et se décolorant par le Gram.

Ces recherches, encore incomplètes, ne tranchent pas cette question, qui soulève toujours bien des controverses ; mais nous avons tenu à les signaler, car ce sont les plus récentes faites sur ce sujet.

CHAPITRE VI

Complications.

Les complications que nous avons remarquées, soit au cours de nos observations, soit dans celles publiées par Legrain, sont rares.

Fréquemment, pendant les accès, se produisent des épistaxis, peu inquiétants, qui ont pour résultat de diminuer l'intensité de l'accès ou d'en supprimer un ou plusieurs ; résultat que l'on peut obtenir artificiellement par la saignée (obs. XII).

L'urticaire se rencontre quelquefois, surtout dans les fièvres tierces, d'après Legrain.

Les vomissements s'observent souvent au cours de l'accès ; ils peuvent être alimentaires, muqueux ou bilieux ; nous ne les avons jamais vus présenter une intensité telle, qu'ils puissent constituer une complication redoutable pour le malade ; ils empêchent quelquefois l'administration de la quinine par la voie buccale, inconvénient bien léger, puisque nous possédons la voie hypodermique, plus sûre.

Quelques accès, au début ou à la fin, s'accompagnent de coliques de courte durée. Dans quelques-uns, le stade de sueur peut être remplacé par des selles diarrhéiques, que l'on observe surtout au moment de la jugulation spontanée.

Nous avons vu une fois un accès hémoglobinurique. L'observation en a été rapportée par Legrain. C'était au cours d'une

double-tierce, chez un indigène vierge de tout traitement. Traitée par une saignée, le chloroforme et l'éther, cette hémoglobinurie fut suivie d'une apyrexie de cinq jours. Le malade refit de la fièvre, mais l'hémoglobinurie ne reparut plus.

Chez le malade qui fait le sujet de l'observation XII, il y eut, au cours d'un accès de double-tierce, une prostration assez profonde. Une saignée de 500 grammes, pratiquée aussitôt, fit cesser cet état, modifia légèrement le type de fièvre, qui reprit ensuite son évolution normale, sans que cet incident se reproduisît.

Dans les cas d'hyperthermie, on peut noter du subdélire léger, qui n'a rien de pernicieux puisque ces accès hyperthermiques sont en général de courte durée.

Chez tous nos malades nous constatons de l'anémie.

Le nombre de globules s'abaisse jusqu'à 2,000,000 et 1,500,000 par millimètre cube ; après chaque accès il y a une diminution moyenne de 200000 globules par millimètre cube d'après Legrain. Mais c'est une anémie passagère; les globules augmentent rapidement pendant les apyrexies et la convalescence.

Tels sont les seuls incidents que nous ayons vus survenir au cours d'une fièvre intermittente parfaite, incidents légers n'ayant jamais mis la vie du malade en danger. Nous sommes donc bien loin des complications innombrables citées par les classiques.

Parmi ces dernières il en est une qui doit nous arrêter un instant : c'est l'hypertrophie de la rate, qui par sa fréquence constituerait un des symptômes du paludisme.

Dès que quelques accès se sont produits, on peut voir, dit-on, la rate augmenter de volume ; ce phénomène pourrait même être observé pendant l'accès. Systématiquement, chez tous nos malades, nous avons recherché la matité splénique, rarement nous l'avons trouvée augmentée; rarement aussi nous avons constaté de la splénalgie.

Si nous avions été seul à faire cette constatation, nous aurions pu croire, en raison du petit nombre de nos observations, que nous étions tombé sur quelques exceptions. Mais Legrain, dans la même région et sur un plus grand nombre de cas, Treille, en d'autres parties de l'Algérie, avaient fait depuis plusieurs années les mêmes remarques. M. le professeur agrégé Rauzier, observant dans la région de Montpellier, avait été frappé, depuis plusieurs années déjà, de la rareté de l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes.

Dans les cas où nous avons noté de la splénomégalie, nous nous trouvions en présence d'alcooliques, c'est-à-dire de gens en puissance de rate déjà pathologique.

Nous sommes donc en droit de conclure qu'on a imputé à tort la splénomégalie à la fièvre intermittente parfaite; mais si l'on songe au nombre d'affections à évolution fébrile plus ou moins régulière, qui ont un retentissement sur la rate : splénomégalies primitives, leucocythémies, cirrhoses hypertrophiques, alcooliques ou dyspeptiques, rates amyloïdes, etc., affections encore mal connues jusqu'à ces dernières années, on s'explique que cette erreur ait été commise.

*
* *

A propos des complications de la fièvre intermittente, nous devrions examiner les différentes formes du paludisme classique : fièvres continues, larvées, accès pernicieux, paludisme chronique. Cette étude demanderait un développement trop considérable, et s'écarterait légèrement du sujet que nous avons choisi, l'étude clinique de la fièvre intermittente parfaite, d'après les cas que nous avons vus.

Qu'il nous suffise de dire qu'au cours des cas de fièvre intermittente, observés par nous, nous n'avons jamais vu survenir ces accidents si redoutés des praticiens, malgré que certains de nos malades aient fourni un très grand nombre d'accès non traités.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

L'intermittence n'est pas un caractère particulier à une seule affection ; elle se retrouve dans un grand nombre de pyrexies et peut apparaître soit d'emblée, soit au cours d'une continue ; aussi le diagnostic de la fièvre intermittente peut-il quelquefois être embarrassant.

Parfois l'accès de fièvre se montre avec ses caractères principaux. Ascension thermique rapide, température élevée atteignant et dépassant 41°, défervescence se faisant complètement en quelques heures et jugée par une sueur abondante et profuse ; tel est le tableau d'un accès de fièvre bilioseptique, ou de fièvre urineuse. Les ressemblances avec l'accès de fièvre intermittente parfaite sont frappantes ; et n'étaient le début souvent vespéral, l'isolement de l'accès ou l'irrégularité de l'intermittence, et surtout les antécédents pathologiques dans lesquels on découvre une affection des voies biliaires ou des voies urinaires, on hésiterait à affirmer son diagnostic.

L'intermittence n'a pas toujours une allure aussi franche. Une fièvre intermittente dont l'accès commence entre deux et six heures du soir, s'accentue entre huit et dix, pour atteindre son acmé entre huit heures du soir et quatre heures du matin, et descendre ensuite aux environs de la normale, nous fera penser

chez un individu débilité, amaigri, qui tousse et qui crache, à la fièvre hectique des tuberculeux.

On peut aussi se trouver en présence d'un malade qui, dans la nuit ou la première partie de la nuit, après avoir éprouvé une sensation de malaise générale, ressent une céphalalgie d'intensité variable, des frissons plus ou moins violents et une chaleur générale ; dans la seconde partie de la nuit, la peau devient moite, et les sueurs s'établissent, parfois visqueuses ; la température peut revenir à la normale, mais le plus souvent la rémission ne sera pas complète. Ce sera en général chez un homme mûr ou un vieillard, cachectique, au teint jaune paille, porteur d'une tumeur plus ou moins volumineuse qu'on rencontrera cette fièvre quotidienne nocturne, la fièvre cancéreuse.

Dans ces cas, la fièvre a pu être intermittente d'emblée ; d'autres fois, ce symptôme n'apparaît qu'au cours d'une fièvre continue. Sans citer la plupart des fièvres infectieuses, qui présentent souvent de grandes oscillations à un moment de leur évolution, nous devons insister sur la fièvre de Malte ou fièvre méditerranéenne : Affection essentiellement fébrile observée fréquemment en Algérie, présentant un plateau avec rémissions matinales, elle est d'une durée longue et indéfinie, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois.

Vers la fin de son évolution, les rémissions matinales s'accusent de plus en plus, jusqu'à atteindre la normale. La température s'élève dans la journée pour atteindre un maximum, arrivant jusqu'à 39-40° vers les deux, trois heures du soir et redescendre ensuite. Parfois, les sueurs, fréquentes dans cette affection, viennent s'ajouter, et l'on peut avoir l'illusion d'une fièvre intermittente, si l'on ne s'aide des commémoratifs.

Un groupe très vaste de maladies, septicémies, pyohémies, infections à bacilles anaérobies, peuvent aussi être causes d'erreur. Les symptômes généraux graves, la fièvre plutôt irrégulière,

et l'existence d'une porte d'entrée à l'infection, lèveraient les doutes s'il en existait.

La splénomégalie primitive, les cirrhoses hypertrophiques biliaires, la leucémie splénique, la rate amyloïde s'accompagnent de manifestations viscérales, qui suffisent à ramener l'attention un moment égarée par une fièvre plus ou moins régulière.

Le diagnostic de toutes ces affections sera, en somme, assez facile à faire, et si, malgré un examen approfondi, il existait encore quelque hésitation, l'action de la quinine lèverait les derniers doutes.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Ne laissez jamais évoluer les accès de fièvre intermittente, vous recommande-t-on. Aussitôt votre diagnostic établi, empressez-vous d'administrer la quinine, sinon vous exposez vos malades aux continues, aux accès pernicieux, à la cachexie palustre.

Nous aurions dû constater ces accidents, puisque certains de nos malades ont fait jusqu'à quarante accès non traités ; rien de semblable n'est signalé dans nos observations.

Il semble donc qu'on ait exagéré la gravité des fièvres intermittentes, ou plutôt on paraît les avoir confondues souvent avec d'autres affections à pronostic plus sombre.

Nous devons faire tout d'abord, avec la plupart des auteurs, une première distinction entre les fièvres d'automne et celles du printemps, qui seraient plus justement dénommées fièvres d'été.

Pour ces dernières, la question est tranchée, leur bénignité est admise par tous : « Tandis que les fièvres printanières sont cycliques, ne sont jamais pernicieuses, guérissent, le plus souvent d'elles-mêmes, et toujours par la quinine, les fièvres automnales n'ont aucun type déterminé, simulent une continue, sont souvent pernicieuses, ne guérissent presque jamais spontanément et cèdent plus difficilement à la quinine » (Celli et Marchiafava).

Mais, si ces fièvres de printemps offrent peu de gravité, celles

d'automne en ont-elles plus? Nous ne le croyons pas. La plupart de nos observations datent des mois de septembre, d'octobre, et nous pouvons voir que l'affection y évolue de la même façon que dans les observations de juin, juillet. Il existe peut-être une différence légère, l'évolution est plus longue, la ténacité de la fièvre plus grande, mais l'action de la quinine est toujours la même.

Que les fièvres soient automnales, qu'elles soient printanières, elles ne présentent aucun danger pour le malade.

Les fièvres automnales de Celli et Marchiafava, sans type déterminé, simulant la continue, cédant plus difficilement à la quinine, doivent avoir une origine différente de celle de la fièvre intermittente parfaite.

Consultons, pour établir notre pronostic, certaines statistiques médicales, publiées en Algérie et en Italie, pays tempérés où l'endémie palustre présente une grande extension.

Laverau, sur 1,310 paludéens observés par lui de 1879 à 1883, en Algérie, n'a eu que 6 morts, soit 4,5 °/₀₀. De 1890 à 1894, d'après les statistiques des hôpitaux militaires d'Algérie, la mortalité a été de 2 °/₀₀.

En Italie, pour l'année 1895, la statistique donne 13 morts pour 4,856 cas, c'est-à-dire une proportion de 3 °/₀₀.

En acceptant ces chiffres sans les discuter, nous pouvons en déduire déjà qu'il est peu d'affections qui offrent une mortalité aussi minime.

Mais, Laverau, qui les rapporte, s'empresse d'ajouter que dans ces mêmes pays, la mortalité n'a pas toujours été aussi faible. Au début de la conquête et de la colonisation de l'Algérie, elle fut effrayante. Si, pour certains endroits, les conditions sont changées actuellement, il existe encore des localités aussi malsaines qu'au début, on crée toujours des villages nouveaux, on défriche des terrains incultes, on ouvre des routes, et pourtant les accidents que l'on imputait au paludisme ne s'observent pas aussi souvent.

C'est qu'il faut tenir compte que ces accidents sont étiquetés sous d'autres dénominations plus justes, plus précises, plus conformes au diagnostic.

*
* *

La variété du type influe peu sur le pronostic.

Si nous savons que la fièvre quarte d'automne est une affection de longue durée, nous savons aussi que c'est une affection bénigne ; qu'en outre de sa bénignité elle jouit d'un pouvoir immunisateur à l'égard des autres types, et qu'elle confère l'immunité absolue après sa disparition.

Les autres formes évoluent à brève échéance, elles ont toujours tendance à la guérison spontanée, et nous pouvons nous en rendre maître, au jour voulu, et pour une période minima avec une seule dose de quinine.

Ainsi donc, l'intermittence bien prononcée, l'action toujours identique de la quinine, nous indiqueront une affection de peu de gravité.

Hippocrate, qui dans ces cas ne pouvait qu'observer une expectation plus ou moins déguisée, l'avait déjà constaté : « Les intermittentes, quelque période que suivent leurs accès, ne sont pas dangereuses », et ce qu'il dit des intermittentes en général, il le répète souvent pour chaque type particulier.

En présence donc d'une intermittente parfaite, on peut être rassuré sur l'évolution de l'affection, le pronostic en sera toujours bénin.

CHAPITRE IX

Action de la quinine dans la fièvre intermittente parfaite. — Traitement.

La base du traitement de la fièvre intermittente est le quinquina et son alcaloïde la quinine. Si le médicament est unique, les modes d'emploi en sont nombreux ; mais quelle que soit la méthode employée, que l'on donne la quinine le plus loin possible de l'accès à venir, ou peu de temps avant, qu'on emploie des doses massives ou des doses fractionnées, les résultats obtenus ne sont jamais constants, les rechutes toujours à craindre, le traitement à recommencer.

En outre, aucune méthode ne tient compte du type de fièvre. Pourtant cette évolution n'est pas seulement l'effet du hasard, un type dégradé indiquant une atténuation de la virulence de l'agent infectieux ; il semble donc que le traitement doit varier suivant le type de fièvre.

Certaines méthodes paraissent indiquer que la quinine produit une apyrexie minima : c'est ainsi que nous voyons Sydenham, Bretonneau recommander des doses massives de quinquina l'un tous les huit jours, l'autre tous les cinq jours ; l'école de Montpellier, administrer la quinine pendant trois jours consécutifs, puis tous les huit jours pendant trois semaines.

Il existe donc une action particulière de la quinine sur la fièvre intermittente, qui semble obéir à une loi presque mathématique ; entrevue par quelques-uns, cette loi a été découverte et énoncée pour la première fois par A. Treille, en 1892 :

Dans la fièvre intermittente, la quinine, donnée à dose convenable et massive au début d'un accès, n'agit pas sur cet accès, mais coupe toujours les accès suivants pour cinq jours au moins.

C'est-à-dire que la dose convenable de quinine supprimera au moins un accès du type le plus faible, un accès quarte, ou deux accès tierces, et cinq quotidiens.

Pour étudier l'action de la quinine on ne peut guère utiliser les types quotidiens, tierce et double-tierce, qui sont souvent de courte durée, ont une tendance à la jugulation spontanée, et pourraient donner des résultats en apparence contradictoires.

La quarte, au contraire, a une longue durée, elle suit une évolution naturelle, ses accès sont immuables, paraissent calqués les uns sur les autres ; traitées par la quinine, les rechutes sont fréquentes et fatales jusqu'au moment où l'on approche de la période critique ; c'est donc là un type fixe, invariable, unité pathologique que l'on devait nécessairement choisir pour entreprendre cette étude. C'est ce que firent Treille et Legrain, et ce que nous ferons après eux.

*
* *

Après une longue période de tâtonnements, de multiples recherches, après avoir employé des doses successivement croissantes et décroissantes, Treille arriva à conclure que la dose de quinine suffisante pour produire l'apyrexie minima de cinq jours dans la fièvre quarte, était celle de *vingt-cinq centigrammes* de quinine donnés au début de l'accès, quelle que fût la voie d'administration, buccale ou sous-cutanée.

Ces résultats furent contrôlés et vérifiés par Legrain et par nous ; nous n'y avons jamais trouvé d'exception.

Cette dose doit être administrée au début de l'accès ; donnée à un autre moment, les résultats obtenus ne sont plus les mêmes.

Observation XIV (Legrain)

Effets comparés de la quinine administrée au début et au milieu de l'accès. Vérification de la loi de Treille.

Helfoun Messaoud ben Ahmed, kabyle de 32 ans, entre à l'hôpital civil de Bougie le 10 avril 1899, pour une fièvre intermittente contractée l'année précédente au moment de la moisson (juillet 1898). Il avait pris dès les premiers accès un demi-gramme de quinine la veille d'un accès, sans aucun résultat d'ailleurs.

A son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire après soixante accès quartes environ, le malade ne présente aucune hypertrophie splénique. Il a un appétit excellent, les muqueuses sont un peu décolorées. La numération des globules donne 1,860,000 hématies par millimètre cube.

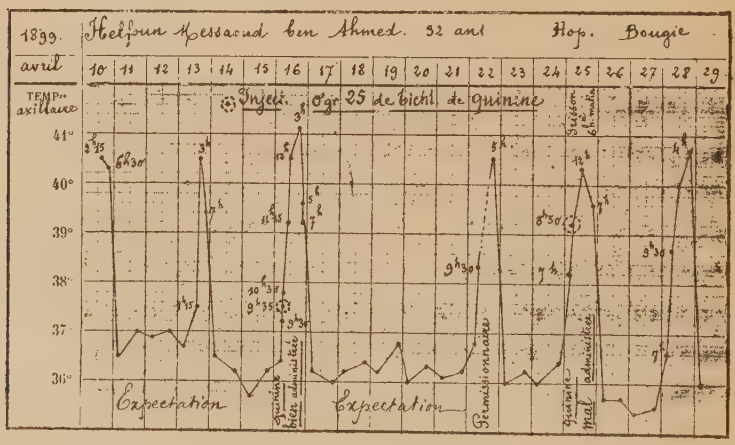

Fig. 16

Au début du troisième accès suivi, le 16 avril on injecte à 9 h. 35, au commencement de l'ascension thermique, 0 gr. 25 de bichlorhydrate de quinine.

L'accès attaqué n'est nullement influencé, mais après cet accès survient une apyrexie de cinq jours (soit un accès supprimé dans la courbe thermique).

La rechute se produit le 22 avril ; on peut se rendre compte du peu de gravité de la quarte par ce fait que le malade, dont l'accès du 22 débute vers neuf heures du matin, profite d'une permission de l'après-midi qui lui avait été accordée au moment de la visite.

Au milieu du second accès de rechute, le 25 avril, accès dont le frisson débute à six heures du matin, on injecte à 8 h. 50, c'est-à-dire trois heures après le début de l'accès, 0 gr. 25 de quinine. L'accès n'est en rien influencé. Le suivant non plus, et la quarte reprend son cours normal.

Le malade est revu par nous en novembre 1899, époque à laquelle la jugulation s'est produite spontanément.

L'observation est absolument probante : Si une dose de 0 gr. 25 de quinine est suffisante pour donner une apyrexie minima de cinq jours dans une fièvre quarte, il est de toute nécessité que cette dose soit donnée au début d'un accès ; cet accès n'est nullement influencé.

Cette dose de 25 centigr. est dans certains cas suffisante pour produire une apyrexie définitive, soit qu'on se trouve en présence d'une quarte ayant fait un grand nombre d'accès, soit qu'on ait affaire à une quarte d'été.

Observation XV (Legrain)

Quarte d'été. — Jugulation définitive par une seule dose de 0gr,25 de quinine

Cater..., 43 ans, né à Boglia (Italie), vient de Sétif, où il aurait été traité à l'hôpital militaire pour un érysipèle de la face.

Après avoir fait la route de Bougie à Sétif à pied, il entre à

l'hôpital civil de Bougie le 3 juin 1899 et le lendemain fait un accès quarte. Expectation.

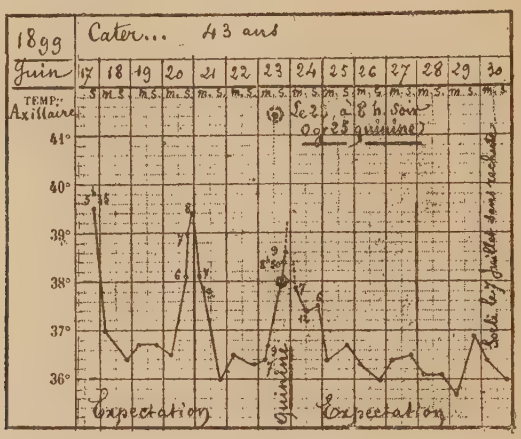

Fig 17

Au début du quatrième accès quarte observé, à 8 heures du soir, peu après le commencement du frisson, on administre au malade, par la voie buccale, 0 gr. 25 de bichlorhydrate de quinine.

La température n'a pas été prise entre 9 heures du soir et le lendemain matin 7 heures ; sur la courbe, la partie de l'accès non suivie a été représentée par un pointillé.

L'accès évolue toute la nuit, et après cet accès l'apyrexie est survenue, durant encore le 7 juillet, jour de la sortie du malade.

*
* *

La dose de 25 centigr. est suffisante. Elle n'est pas toujours nécessaire ; il est des quartes d'été sensibles à 5 centigr. de quinine ; de même, les quartes anciennes qui ont fourni un certain nombre d'accès, qui au début nécessitaient 25 centigr. pour obtenir l'apyrexie, après quelques mois arrivent à céder à des doses de plus en plus faibles de quinine, 20, 15, et 10 centigr.

Ces résultats sont en opposition formelle avec l'opinion des classiques, qui considéraient la quarte comme la forme la plus maligne, la plus tenace, la plus rebelle au traitement quinique ; nous voyons, au contraire, que c'est la forme qui cède le plus facilement et aux doses les plus faibles de quinine.

Dans les double et triple-quartes l'action de la quinine est identique ; 25 centigr. suffisent toujours pour produire une apyrexie minima de cinq jours. Il nous a même semblé que dans les triple-quartes primitives l'apyrexie définitive était obtenue avec une seule dose de quinine.

Dans celles consécutives à une quarte simple, la rechute était fréquente. Dans ces cas, on semble quelquefois avoir une exception à la loi de Treille :

On donne une dose de quinine de 25 centigr., l'accès n'est pas influencé, puis le lendemain, le surlendemain, la fièvre reparaît ; l'apyrexie ne s'établit que le quatrième jour.

Il faut tenir compte que, souvent dans ces triple-quartes, les trois accès ne forment qu'un tout unique, un seul accès avec rémissions marquées, et que l'apyrexie peut ne s'établir qu'après que ce grand accès de deux ou trois jours ait accompli son évolution complète.

C'est un phénomène que nous retrouvons dans les double-tierces, et qui faisait dire à Treille que sa loi souffrait des exceptions dans cinq cas sur cent en moyenne.

*
* *

Dans la tierce, la dose de quinine pour couper la fièvre peut paraître bien variable selon les cas ; cela tient à ce qu'une tierce non traitée se juge spontanément après 5, 7 ou 9 accès. Que l'on donne la quinine au moment de la crise, quelle que soit la dose employée, on semblera toujours avoir obtenu l'apyrexie ; et, parfois même, si l'on ne tient pas compte que le dernier accès d'une tierce n'est souvent qu'ébauché, on croira avoir agi sur l'accès attaqué.

Observation XVI

Tierce. — Transformation en double-tierce apyrexie (quinique ou spontanée) ?

Bargiv..., 22 ans, charbonnier, travaillant dans une propriété située sur la route de Bougie à Sétif, prend la fièvre intermittente le 1er novembre 1899.

Il a des accès les 1er, 3, 5, 7, 9 novembre et entre à l'hôpital le 11, dans l'après-midi, sans avoir subi aucun traitement.

Le 12. Pas de fièvre.

Le 13. Accès tierce débutant de très bonne heure et dont la période d'ascension dure de douze à quinze heures.

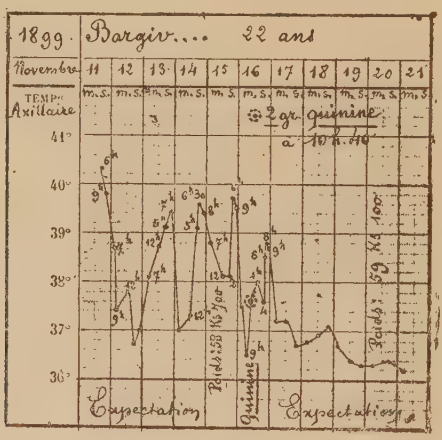

Fig. 18

Puis, dédoublement de sa tierce en double-tierce (14 et 15 novembre).

Le 16, à 10 h. 40, la température étant de 37°,6, le malade absorbe 2 gram. de bichlorhydrate de quinine.

La température monte toute la journée et l'apyrexie survient définitive, après cet accès. Nous attribuons volontiers l'apyrexie, non à la quinine, mais à la jugulation spontanée. Le malade, qui

a fait 9 accès de fièvre, a eu, en effet, toute la nuit du 16 au 17, de la diarrhée qui se montre souvent au moment de la jugulation spontanée de la tierce et de la quarte.

En général, dans une tierce, la dose de quinine suffisante pour obtenir l'apyrexie minima ou définitive est celle de 2 gram. fixée par Treille et Legrain.

Or, dans la tierce, la quinine paraît avoir un effet plutôt nuisible qu'utile, surtout quand elle est administrée aux premiers accès.

Dans ces cas, l'apyrexie est rarement définitive, les rechutes sont fréquentes et répétées, surtout quand elles sont à nouveau traitées.

Alors que dans les cas de jugulation spontanée de tierce la rechute est rare, elle est presque la règle dans les cas de tierce traitée.

Observation XVII

Tierce. — Transformation spontanée en double-tierce. — Apyrexie quinique. — Rechute.

Be..., 46 ans, cuisinier, entre à l'hôpital civil de Bougie le 10 octobre 1899, venant de Sétif, et demandant à se reposer quelques jours. Il aurait eu, en 1897, de la fièvre, d'origine inconnue (?) et, en 1894, une inflammation d'intestin (?).

Le sujet est à son arrivée à l'hôpital en bon état, il pèse 75 kilogr., il présente des signes non douteux d'éthylisme. On note une splénomégalie assez considérable.

Le 18 octobre, c'est-à-dire huit jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris de fièvre tierce.

L'accès, d'abord très court, s'étale et dure plus de vingt-quatre heures (22 octobre) ; puis, le type double-tierce apparaît nettement sous forme d'une double-tierce du deuxième type.

Une dose de 2 grammes de quinine, injectée le 15 octobre, à 10 h. 10 du matin, n'agit en rien sur le premier accès composant le couple, atténue le deuxième, qui reste nettement indiqué

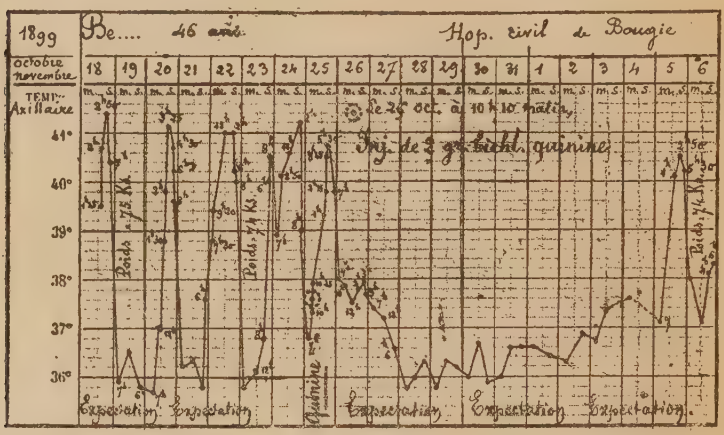

Fig. 19

sur la courbe (26 novembre), et détermine, après cet accès, une apyrexie qui dure jusqu'au 4 novembre.

Le 5 novembre, rechute en tierce, ébauche de double-tierce et apyrexie lacunaire de quatre jours, du 13 au 16 novembre.

Nouvelle rechute en double-tierce et après quelques ébauches d'accès tierces, apyrexie définitive.

Le malade sort le 9 décembre, pesant 74 kilos, en excellent état de santé, ne se plaignant de rien.

Dans cette observation, nous voyons, sous l'influence de la quinine administrée au début du cinquième accès, l'apyrexie s'établir ; mais il se produit une rechute au bout de quelques jours, après laquelle l'apyrexie s'établit définitive sans aucun traitement.

Nous connaissons un certain nombre d'observations de tierces traitées par la quinine, qui, sous l'influence du traitement, ont pu donner des accès pendant des mois.

Déjà dans l'observation précédente, se dessine l'action de la quinine dans la double-tierce. Le premier accès du couple attaqué n'est pas influencé ; le second est indiqué, étalé ; son maximum thermique n'est pas élevé, mais la durée de l'accès est prolongée.

Cette action n'est pas toujours identique.

Dans certains cas, nous voyons les deux accès du couple évoluer complètement, malgré la quinine, et l'apyrexie ne s'établir définitive qu'après la seconde composante. Ce sont ces cas, encore peu connus, qui faisaient dire à Treille que parfois sa loi semblait présenter des exceptions. L'observation suivante est typique.

Observation XVIII

Double-tierce. — Apyrexie quinique. — Rechute en double-tierce.

René Ler..., 18 ans, boulanger, en Algérie depuis deux mois, fait à pied la route d'Alger à l'Oued-Amizour, village des environs de Bougie. Il arrive dans cette localité huit jours avant

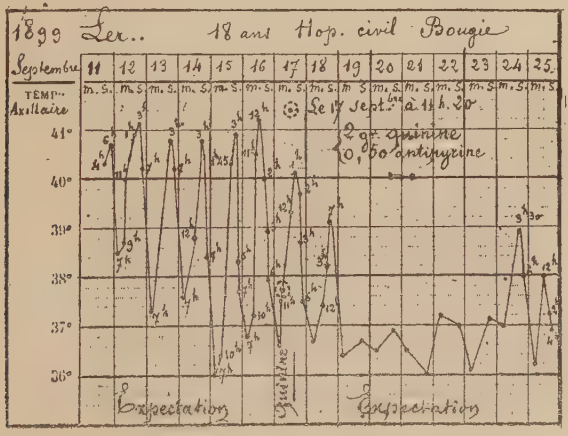

Fig. 20

son entrée à l'hôpital pour dysenterie, à laquelle il dit être très

souvent sujet. A son entrée le 7 septembre 1899, il ne présente pas de fièvre.

Le 11 septembre, à 4 heures de l'après-midi, nous le trouvons en plein accès. Temp. 40°,3. Il souffrait, dit-il, de maux de tête depuis plusieurs jours.

Il fait une double-tierce, les accès sont hyperthermiques; mais sans frissons ni sueur les 11, 12, 13 septembre.

Le 14, l'accès débute par des frissons.

Dans l'intervalle des accès, le malade se lève et mange.

Le 17, au début du premier accès du couple, le malade prend en une seule fois deux grammes de bichlorhydrate de quinine et 0^{gr},50 d'antipyrine.

Le premier accès du couple ne paraît pas influencé. Le second est légèrement diminué d'intensité, et après cette dose de quinine survient une apyrexie qui dure jusqu'au 24 septembre.

Rechute en double-tierce le 24.

Le malade, obligé de partir pour affaires, sort le 26.

Pas de splénomégalie dans le cours de la fièvre.

Dans cette observation, la quinine donnée au début du couple ne paraît pas avoir influencé l'intensité de la première composante. La seconde est légèrement retardée, elle ne paraît que dans l'après-midi, alors que ses homologues débutaient le matin; et son intensité est diminuée.

Cette atténuation de l'accès s'explique facilement, puisque on sait que la quinine n'agit sur la fièvre que quelques heures après son administration, et que le second accès du couple s'est trouvé sous son influence.

Dans d'autres cas, l'atténuation est beaucoup plus prononcée, le second accès du couple est à peine indiqué par une légère élévation thermique souvent non perçue par le malade, comme dans l'Observation XVII, et dans la suivante.

Observation XIX

Double-tierce. — Apyrexie quinique.

Amrach Moussa ben Saïd, indigène d'une trentaine d'années, entre à l'hôpital civil de Bougie, le 27 août 1899, pour fièvre.

Il présente une double-tierce du deuxième type, qui évolue les 28, 29 et 30, 31 août.

Le premier accès paraît diminué dans son intensité, mais sa durée est prolongée puisque la défervescence n'est pas commencée à 6 heures du soir, alors que dans les autres elle était déjà indiquée. En outre, le second accès est ébauché, et l'apyrexie ne s'établit définitive que le 3 septembre.

Le malade sort le 8 sans avoir présenté de rechute.

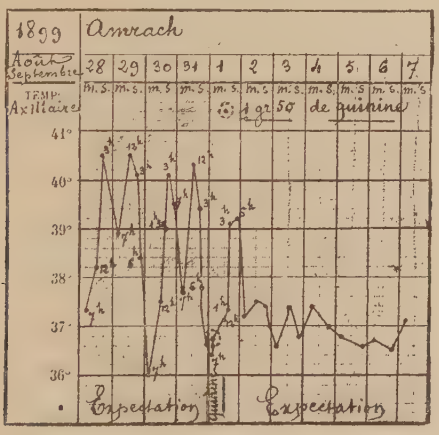

Fig. 21

Dans certains cas, le second accès du couple peut être complètement supprimé.

Observation XX

Double tierce. — Apyrexie quinique.

Chiav..., 33 ans, né à Pistoïa (Italie), est arrivé depuis un mois en Algérie, où il travaille sur la route de Bougie à Sétif en un endroit marécageux, à la fabrication du charbon de bois.

Il aurait été pris de fièvre le jour de la Toussaint et n'aurait encore suivi aucun traitement.

Entré à l'hôpital civil de Bougie, le 16 novembre 1899, il est mis en observation et reconnu atteint d'une double-tierce du second type. Pas de splénomégalie.

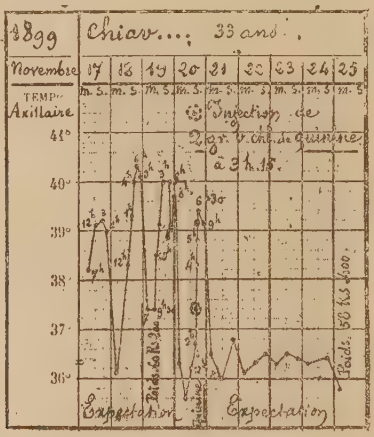

Fig. 22

Au début d'un couple le 20 novembre à 3 h. 15, le malade reçoit une injection de 2 gr. de bichlorhydrate de quinine qui n'agit en rien sur l'accès attaqué, mais détermine après lui une apyrexie définitive.

Au bout de trois semaines, aucune rechute n'était survenue.

La veille de son dernier accès, le 19 novembre, le malade pesait 60 k. 200 ; le 25 novembre, après cinq jours d'apyrexie son poids descendait à 58 k. 400.

Remarque que nous avons faite souvent au cours des apyrexies quiniques ; le poids des malades diminue dans les premiers jours de l'apyrexie.

La dose de quinine suffisante pour vérifier la loi de Treille, dans les double-tierces est de 2 grammes. Cette dose n'est pas toujours nécessaire ; comme pour la quarte et d'une façon générale pour toutes les intermittentes, la quantité de quinine nécessaire pour obtenir l'apyrexie diminue au fur et à mesure que la fièvre augmente de durée.

Si, au début d'une double tierce, il nous faut toujours 2 gr. de quinine, nous pourrons, après un certain nombre d'accès, obtenir l'apyrexie avec des doses de 1 gr. 50 (Obs. XIX) de 1 gr., parfois même de 75 centigr.

Dans la double-tierce la quinine non seulement doit être donnée au début de l'accès, mais aussi au début du couple. Donnée par exemple au début du second accès, elle pourra supprimer un ou deux accès, atténuer leur intensité, modifier le type de fièvre, et même dans quelques cas produire l'apyrexie ; mais l'action n'est pas certaine.

*
* *

Dans la quotidienne, Treille avait fixé à 2 grammes la quantité suffisante pour produire l'apyrexie minima. Cette dose a donné des insuccès à Legrain, qui, après quelques essais, l'a fixée à $2^{gr},50$. Et l'on devait s'attendre à ce résultat, car la quotidienne est une des formes primitives de la fièvre intermittente, celle où la virulence de l'agent infectieux semble être portée à son maximum de puissance ; il faut donc, pour la combattre, des doses de médicament plus fortes que pour les formes précédentes.

Observations XXI et XXII (Legrain)

Fièvres intermittentes parfaites quotidiennes. Apyrexie après une dose de 2gr50 de quinine.

Wil..., 63 ans, étant en traitement à l'hôpital depuis cinq jours, pour une ulcération du pied, est pris de fièvre intermittente quotidienne. Au début du quatrième accès, suivi au ther-

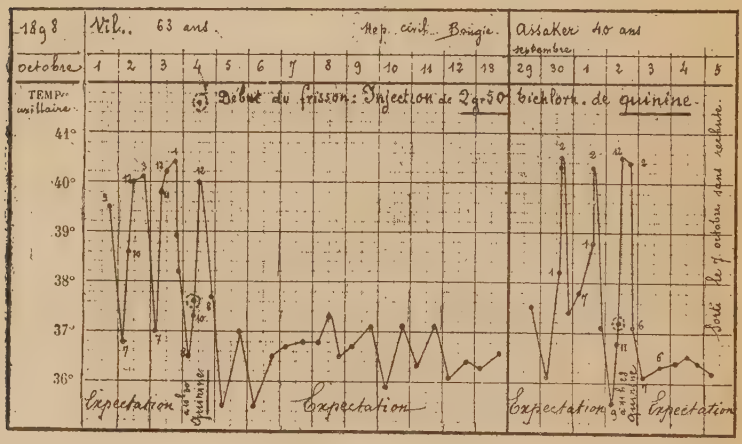

Fig. 23

momètre, on injecte 2gr,50 de bichlorhydrate de quinine ; après cet accès, qui n'est nullement influencé, l'apyrexie s'établit et est définitive. (Le malade est encore suivi deux mois). Ni splénomégalie, ni splénalgie.

Assaker, 40 ans, négociant indigène, a contracté la fièvre aux environs d'Aumale, le 25 septembre 1898 (?). Entré à l'hôpital civil de Bougie, le 29 septembre, il est mis en observation, et, au début du quatrième accès constaté le 2 octobre, on injecte une dose de 2gr,50 de bichlorhydrate de quinine, qui n'agit pas sur cet accès, mais détermine après lui une apyrexie complète

qui ne s'est pas démentie jusqu'au 7 octobre, jour de la sortie du malade.

Mais nous savons que la quotidienne est une forme peu stable, qu'elle a souvent tendance à la jugulation spontanée, ou à la transformation en double-tierce ; aussi n'est-il pas toujours nécessaire d'employer cette dose massive de quinine, et le plus souvent l'apyrexie est consécutive à l'administration de 2 grammes, 1 gr. 50, parfois même 1 gramme de quinine, en injection ou par la bouche.

*
* *

Quel que soit donc le type de fièvre, celle-ci se comporte toujours d'une façon identique à l'égard de la quinine, qui peut être considérée comme le spécifique de la fièvre intermittente, et nos résultats peuvent se résumer ainsi.

Dans la fièvre intermittente, la quinine, donnée à dose convenable et massive, n'agit pas sur l'accès, mais produit une apyrexie minima de cinq jours.

Treille dit que la quinine n'influence pas l'accès ; nous pensons, au contraire, avec Legrain, que l'intensité de l'accès est augmentée.

Le maximum thermique est souvent plus élevé que dans les accès précédents, la durée de l'accès prolongée.

La dose suffisante pour vérifier la loi de Treille est de :

Vingt-cinq centigrammes pour la quarte ;

Deux grammes pour la tierce et la double-tierce ;

Deux grammes cinquante pour la quotidienne.

Plus la fièvre est ancienne, plus elle a fourni d'accès et plus elle est sensible à l'action de la quinine.

Quelle que soit la voie d'introduction du médicament, voie buccale ou voie sous-cutanée, les résultats sont identiques.

Nous connaissons maintenant l'action de la quinine sur la

fièvre intermittente parfaite. Quelle sera la conduite à tenir une fois le diagnostic établi?

Elle devra être différente suivant le type.

La quarte est de longue durée, elle a peu de tendance à la jugulation spontanée; les rechutes de la quarte traitée sont fréquentes et inévitables jusqu'au moment de la période critique ; mais l'accès est douloureux, la répétition des accès peut excercer une influence déprimante sur le moral du malade ; aussi, après avoir laissé se produire un certain nombre d'accès, nous administrerons, au début d'un accès, 25 centigr. de quinine, que nous répèterons à chaque rechute jusqu'à la jugulation, qui, dans certains cas, pourra s'établir dès la première dose.

Dans la double-tierce et la quotidienne, nous observerons la même conduite, en employant les doses maxima de quinine, 2 grammes ou 2 gr. 50 ; et, dans ces formes, l'apyrexie pourra souvent être d'emblée définitive, surtout si nous ne sommes intervenu qu'après l'évolution d'un grand nombre d'accès.

Enfin, dans la tierce, nous recommanderons l'abstention, sûr que nous sommes de voir se produire la jugulation spontanée et définitive après cinq, sept ou neuf accès.

CONCLUSIONS

Des considérations auxquelles nous nous sommes livré, au cours de cette étude rapide de la fièvre intermittente parfaite, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre intermittente parfaite est une affection bénigne, présentant une tendance naturelle à la jugulation spontanée, qui se manifeste surtout pour la forme tierce, jugée ordinairement en cinq, sept ou neuf accès ;

2° Elle aboutit rarement à l'hypertrophie de la rate ;

3° Elle se comporte toujours d'une façon identique à l'égard de la quinine, obéissant à la loi énoncée par Treille :

« Dans la fièvre intermittente parfaite, la quinine, donnée à dose convenable et massive au début d'un accès, n'agit pas sur cet accès, mais coupe toujours les accès suivants pour cinq jours au moins » ;

4° La dose de quinine suffisante pour produire l'apyrexie minima est de :

0^{gr},25 pour la quarte et ses composantes ;

2 grammes pour la tierce et la double-tierce ;

2^{gr},50 pour la quotidienne ;

5° La fièvre intermittente est d'autant plus sensible à l'action de la quinine, qu'elle a fourni un plus grand nombre d'accès, et les doses que nous indiquons ne sont pas toujours nécessaires pour obtenir l'apyrexie minima ou définitive ;

6° Les rechutes paraissent beaucoup moins fréquentes, dans les cas de jugulation spontanée que dans les apyrexies produites par la quinine.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 mars 1900.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 29 mars 1900
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.